9

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'ACCOUCHEMENS.

DE L'OPÉRATION CÆSARIENNE,

DISSERTATION

Soutenue aux Écoles de la Faculté de Médecine de Paris,

EN PRÉSENCE DES JUGES DU CONCOURS,

LE 26 aout 1811,

PAR PIERRE-RENÉ FLAMANT, DE NANTES,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1811.

Président : M. DE JUSSIEU.

Juges:

M. LEROUX.
M. ALPH. LEROY.
M. CHAUSSIER.
M. A. DUBOIS. M. BOURDOIS
M. EVRAT.

Juges suppléans:

M. LALLEMENT.
M. RICHERAND.
M. AUVITY.

DE L'OPÉRATION

CÆSARIENNE,

« François Rousset a publié en 1581 un ouvrage intitulé, *Traité nouveau de l'Hystérotomotokie,* ou *Enfantement cæsarien,* qui est l'extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et de la matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher; et ce sans préjudicier à la vie de l'un et de l'autre, ni empescher la fœcondité maternelle par après ».

Je n'ai jamais pu me procurer cet ouvrage français, et c'est dans la collection d'*Israel Spach*, docteur en médecine et professeur à Strasbourg, publiée en 1597, que j'ai pris connaissance de sa doctrine.

Rousset paraît être le premier qui a donné à l'opération cæsarienne le nom d'*hystérotomotokie*, auquel on a substitué celui d'*hystérotomie*, plus court et plus euphonique. Je l'ai toujours employé dans mes cours, et j'ai cru devoir le faire, parce qu'il porte avec lui l'idée complexe de l'utérus et de la section qu'on y fait; tandis que l'opération césarienne peut se pratiquer sur d'autres organes.

La division de l'hystérotomie en abdominale et vaginale ayant déplu à quelques personnes, toujours mécontentes de ce qu'elles n'ont pas imaginé, je la remplaçai par celle de suspubienne et souspubienne; mais bientôt convaincu du vague et de l'insuffisance de cette nouvelle dénomination, je revins aux épithètes abdominale et vaginale, qui expriment bien, l'une la section de l'abdomen et de l'utérus, et l'autre celle du vagin et de l'utérus,

HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE.

Je commence par l'hystérotomie abdominale, parce qu'elle est la plus ancienne.

Les causes qui la nécessitent dépendent de la mère et du fœtus. Parmi les premières se trouve, lors même que le bassin est bien conformé, la gestation extra-utérine dans la trompe, dans l'ovaire ou dans l'abdomen. Chacun de ces cas a des signes particuliers, mais souvent si obscurs, qu'ils échappent quelquefois à l'exploration faite par les mains les plus habiles.

L'étroitesse absolue du bassin est une cause bien plus commune. On dit que le bassin est trop étroit, lorsqu'il a moins de trois pouces et demi de diamètre sacro-pubien, et que la tête d'un fœtus à terme et bien constitué présente trois pouces quatre lignes de diamètre pariétal. Mais il y a bien des degrés d'étroitesse entre trois pouces cinq lignes, et deux pouces et demi. Je prouverai dans un mémoire sur le forceps, que je me proposais de donner pour ma dissertation, si le sujet fût resté à mon choix; je prouverai, dis-je, la possibilité de l'observation de *Solayrès*, d'après laquelle il conste qu'un fœtus à terme et de volume ordinaire a été expulsé naturellement par un bassin dont le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces six lignes d'étendue.

Les accoucheurs sont partis de ce point d'étroitesse pour conseiller l'hystérotomie abdominale; mais je démontrerai dans ce mémoire qu'il serait impossible de jouir des mêmes avantages avec le forceps, à deux pouces et demi de diamètre sacro-pubien, et bien moins encore, lorsque ce degré d'étroitesse existerait entre les deux tubérosités sciatiques; de façon qu'il faut au moins deux pouces trois quarts pour espérer conserver avec cet instrument un fœtus vivant; ou bien il faudrait que ce fœtus fût très-petit, et que l'ossification fût si peu avancée, que toutes les parties de la tête conservassent assez de souplesse. Ainsi, lorsqu'une famille est intéressée

à avoir un héritier, il faudra pratiquer l'hystérotomie abdominale à deux pouces trois quarts de petit diamètre dans l'un ou l'autre détroit.

Lorsque le bassin est resserré à ce point, on ne peut ni ne doit compter sur les différens moyens proposés pour remplacer l'hystérotomie; tels que le forceps, le régime et l'accouchement prématuré; mais la section du cartilage de la symphyse pubienne peut être pratiquée avec succès, et même à quelques lignes de moins entre les tubérosités sciatiques, parce que ce diamètre transverse inférieur gagne beaucoup après cette section, sans qu'on soit obligé de faire éprouver aux cuisses une forte déduction.

Des déplacemens ou hernies de l'utérus peuvent exiger cette opération, lorsque cet organe s'est engagé par un écartement de la ligne blanche, et qu'il est pendant sur les cuisses; lorsqu'il est passé par l'anneau du muscle grand oblique, et qu'il s'est développé hors du ventre sous les tégumens. Dans ces deux cas, si ces tumeurs sont irréductibles, il faudra bien se donner de garde d'inciser l'utérus sur sa face postérieure, de crainte qu'après la diminution de cet organe et sa réduction dans l'abdomen, on ne puisse remédier à l'étranglement d'une anse d'intestin qui se serait engagée dans l'ouverture, ou empêcher l'adhérence de l'utérus avec les parties qui lui seraient postérieures.

Des tumeurs squirreuses et carcinomateuses, un anévrisme, peuvent diminuer la cavité pelvienne au point de refuser le passage au fœtus; et si les opérations qu'on pourrait tenter sur ces tumeurs exposent plus la vie de la mère que l'hystérotomie, on ne doit pas hésiter à la pratiquer.

Un calcul très-volumineux dans la vessie, poussé fortement par une tête arrêtée au-dessus d'un bassin qui aurait moins de trois pouces de diamètre sacropubien nécessite, si le fœtus est fort et plein de vie, la section de l'utérus, après laquelle on pratiquerait la cystotomie suspubienne.

Enfin une exostose à la partie interne des pubis, au sacrum, etc., peut rétrécir le passage au point de nécessiter cette opération.

Ce n'était pas assez pour les malheureuses femmes d'être exposées à la foule de maux dont elles recèlent les causes ; le fœtus qu'elles ont porté et nourri de leur propre substance vient encore les exposer à périr, par son volume excessif, par les tumeurs qu'il porte, ou par les monstruosités qu'il présente. Mais, comme un fœtus affecté d'hydropisie dans l'une ou l'autre des trois grandes cavités, portant des tumeurs dont l'excision ne peut être faite sans danger pour lui, ayant deux têtes, plusieurs membres, ou étant uni à un autre fœtus, meurt en naissant, ou ne jouit que d'une courte et chétive existence; c'est sur lui qu'il faut tenter les opérations et ne pas exposer la mère.

Le fœtus étroitement serré par l'utérus contracté convulsivement offre des résistances qui agissent sur l'intérieur de cet organe au point d'en affaiblir, amincir et user le tissu, qui crève bientôt sous un effort redoublé. L'étendue et l'irrégularité de la déchirure sont subordonnées au volume et à la figure de la partie du fœtus qui est passée partiellement ou en totalité dans la cavité abdominale. Cet accident a fait la moitié de l'opération, et on n'a plus qu'à ouvrir le ventre pour faire l'extraction du corps étranger, lorsqu'elle est impossible par les voies naturelles.

Procédé opératoire.

Avant l'opération, on s'assurera si la femme est morte ou vivante. Dans le cas de mort absolue, on opérera avec l'attention convenable ; mais on fera tourner au profit de l'art, toutes les recherches possibles pendant l'autopsie cadavérique. Si la mort n'est qu'apparente ou soupçonnée telle, d'après la chaleur persistante et la souplesse des membres, on emploiera tous les moyens propres à rappeler la femme à la vie ; et si on n'y réussit pas, on essaiera d'accoucher par les voies naturelles. Mais quand une des causes préé-

dentes nécessite l'hystérotomie, on y procède en suivant les règles prescrites ci-dessous.

On est appelé pour faire cette opération pendant le travail de l'enfantement, ou avant qu'il se soit déclaré. Dans le premier cas, il y a urgence. Mais si l'on est consulté pendant les derniers mois de la gestation, on a recours au toucher pour s'assurer de la nature de la cause. On emploie différens moyens pour en atténuer les effets; ou bien on prépare la femme à supporter plus facilement l'opération, et à triompher de ses suites. Ces moyens sont relatifs à la cause et à l'état physique et moral de la femme. Mais, dans tous les cas, il ne faut pas attendre qu'elle ait été affaiblie par la longueur du travail, par la force des contractions, et par la violence des douleurs. Lorsque l'orifice est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction facile du doigt, et que le travail est bien établi, il faut s'empresser d'opérer, parce que le succès de l'opération dépend presque toujours des bonnes dispositions de la femme et de la célérité de l'accoucheur pour la délivrer.

L'appareil consiste dans deux bistouris dont un convexe sur le tranchant, et l'autre droit ou courbe, mais boutonné; un crochet pour soutenir, par un des angles de la division, l'utérus appliqué contre la paroi interne de l'abdomen, afin d'éviter l'épanchement du sang et des eaux dans cette cavité; une pince pour saisir les vaisseaux, et des fils cirés pour les lier, ou bien des aiguilles courbes enfilées de fils cirés; de l'eau tiède avec une éponge; des eaux spiritueuses ou d'une odeur forte pour faire respirer à la femme en cas de besoin; du vinaigre et du vin.

On aura préalablement vidé la vessie et le rectum des matières qui pourraient gêner pendant l'opération.

On place la femme sur un lit garni de matelas assez fermes, et d'une alèse pliée en plusieurs doubles pour garantir le lit des liquides qui s'écouleront pendant l'opération. La hauteur du lit sera proportionnée à la taille de l'opérateur, pour qu'il ne soit pas gêné. La femme sera couchée sur le bord du lit et horizontalement, s'il est

possible, pendant l'incision de l'abdomen. Si l'accoucheur est ambidextre, il se mettra à droite ou à gauche du lit; mais s'il ne jouit pas de ce grand avantage, il se mettra à droite de la femme, pour inciser de haut en bas, et à gauche, pour inciser de bas en haut avec la main droite. Le contraire aura lieu, s'il n'opère que de la main gauche.

Quatre aides sont nécessaires pour fixer les membres de la femme et le bassin, les cuisses étendues; un cinquième pour donner les instrumens, aider l'opérateur et faire les ligatures; et un sixième pour présenter à la femme les choses dont elle aura besoin.

Si l'opérateur veut inciser de la main droite, il se place au côté gauche de la femme. Deux aides tiennent d'une main un membre supérieur de la femme, et de l'autre fixent l'utérus. Deux autres aides tiennent d'une main un membre inférieur de la femme, et de l'autre fixent le bassin. Il enfonce son bistouri au travers de la peau et du tissu cellulaire, et fait une incision de cinq à six pouces de long. Il plonge le bistouri dans l'angle inférieur de la division, perce l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris le péritoine, avec l'attention de ne pas blesser les parties contenues. Il introduit par cette ouverture l'indicateur gauche le long de la face palmaire, duquel il fait glisser le bistouri boutonné qu'il a pris de la main droite, et il incise de bas en haut, dans la même étendue que la plaie des tégumens, en garantissant l'utérus, l'épiploon ou les intestins avec le bout du doigt indicateur gauche qui couvre le bistouri, ce qui est préférable à une sonde cannelée. Si quelque artériole donne, il fait pincer la lèvre de la plaie; et si cette compression momentanée ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie, il fait la ligature du vaisseau.

Après cette première incision, il fait relever un peu la tête et fléchir les cuisses, pour relâcher les muscles du bas-ventre, écarter les lèvres de la plaie, et faire pénétrer la main gauche dans l'abdomen, afin d'écarter les parties molles qui pourraient se trouver devant l'utérus, explorer cet organe, et le diriger de manière que

le centre de la face antérieure réponde à l'ouverture faite à l'abdomen. Deux aides maintiennent la paroi abdominale appliquée sur l'utérus, que l'opérateur fixe dans sa partie inférieure avec le pouce et l'indicateur gauche. Avec le bistouri convexe qu'il tient de la main droite il coupe l'épaisseur de l'utérus dans l'étendue d'un pouce environ, avec la précaution de ne pas ouvrir les membranes. Il introduit aussitôt l'indicateur gauche entre les membranes et l'utérus, devant ce doigt le bistouri boutonné conduit de la main droite, et il incise de bas en haut dans une longueur correspondante à la plaie extérieure.

Si l'on avait ouvert les membranes en même-temps que l'utérus, on enfoncerait promptement dans l'ouverture l'indicateur gauche, avec lequel on souleverait cet organe contre la paroi abdominale, afin d'éviter l'épanchement des eaux et du sang dans cette cavité. On fait remplacer ce doigt par celui d'un aide intelligent, ou par un petit crochet qu'on place dans l'angle inférieur de la plaie de l'utérus, pour maintenir cette ouverture parallèle à la division extérieure, et on termine l'opération comme ci-dessus.

Si le fœtus présente la tête, on en favorise l'expulsion en écartant les bords de la plaie, et en pressant légèrement sur l'utérus. S'il faut extraire la tête, on la saisit au-dessous des angles de la mâchoire inférieure; on amène le diamètre occipito-frontal parallèlement à la longueur de la plaie, on en fait autant pour le grand diamètre des épaules, et on tire le reste du tronc. Si le fœtus présente les fesses, on accroche les aines, ou on saisit les pieds ; s'il est en travers, on va chercher les pieds, et on a toujours soin de tirer les grands diamètres du tronc, des épaules et de la tête parallèlement à la longueur de la plaie.

Après la sortie du fœtus, si l'utérus reste dans l'inertie, on le frotte légèrement pour déterminer sa contraction, et on délivre avec les mêmes précautions qu'on le ferait par les voies naturelles. Si l'on avait incisé sur le placenta, on tâcherait de le détacher pour aller ouvrir les membranes. Lorsqu'on a vidé l'utérus, on le fait maintenir

encore appliqué contre la paroi de l'abdomen. On introduit l'indicateur gauche par le vagin jusque dans l'utérus. On enlève les caillots de sang par la plaie avec la main droite, dont les doigts servent à agacer l'intérieur de l'utérus, pour déterminer le resserrement des vaisseaux, et arrêter l'hémorrhagie. Si le sang coulait abondamment, et que l'utérus restât mou et flasque, outre l'irritation manuelle, on toucherait les bords de la plaie avec une petite éponge trempée dans de l'eau plus ou moins chargée de vinaigre ou d'alcool. Je ne sais si quelque accoucheur a fait la ligature des vaisseaux utérins conseillée par *Bell*.

Si l'accoucheur opère de la main gauche, et que, placé au côté gauche de la femme, il veuille inciser de haut en bas, avec la main droite il tend la peau à la hauteur où il doit commencer son incision ; il enfonce le bistouri convexe ou droit de la main gauche jusqu'au tissu cellulaire, et il donne à cette plaie l'étendue convenable, en la prolongeant de haut en bas. Il perce la paroi de l'abdomen dans l'angle supérieur de la plaie, y enfonce l'indicateur droit, pour diriger le bistouri boutonné qu'il introduit de la main gauche, et il incise de haut en bas dans la direction de la plaie faite aux tégumens ; puis il termine par la section de l'utérus de haut en bas, avec toutes les précautions indiquées ci-dessus.

Des opérateurs préfèrent inciser de bas en haut, d'autres de haut en bas. Pour certains, la direction de l'incision est indifférente. Voici pour quelles raisons j'ai toujours incisé de bas en haut. A mesure qu'on prolonge l'incision, les parties ne sont pas masquées par le sang, comme lorsqu'on incise de haut en bas, et on n'a pas à craindre que l'utérus ou des parties contenues viennent s'engager dans l'angle inférieur de la plaie, et gêner dans l'opération, comme cela arrive lorsqu'on incise de haut en bas.

On devine aisément de quelle main et comment il faut faire les incisions, lorsqu'on est placé du côté opposé.

Aussitôt que l'opération est finie, on nettoie la femme, on lui

passe du linge sec et chaud, et on la pose commodément dans son lit garni d'alèses, après l'avoir pansée de la manière suivante :

Si l'on a jugé la gastroraphie nécessaire, on la pratique d'après les préceptes donnés par les meilleurs auteurs. Il n'est point d'étudiant en chirurgie qui n'en connaisse et n'en exécute bien le procédé ; c'est pourquoi je regarde comme inutile de la décrire ici. D'ailleurs elle est proscrite par la plupart des praticiens. Si quelque circonstance peut en légitimer l'emploi, c'est celle rapportée par M. *Bacqua*. Les parties étaient si flasques et avaient une telle tendance à se rouler en dedans, qu'il crut devoir pratiquer la suture. Bientôt il fut obligé de la couper. Il y revint une seconde fois après la cessation de tous les accidens inflammatoires ; et, quoique faite avec toutes les précautions possibles, il fallut la couper de nouveau, parce qu'elle déchirait les bords de la plaie.

On réduit les parties qui auraient pu sortir par la plaie ou s'engager dans l'utérus. On fait soutenir les lèvres de la plaie rapprochées par les mains de deux aides placées mollement sur les côtés de l'abdomen. On couvre la plaie d'un morceau de linge fin percé de plusieurs petits trous et trempé dans le baume samaritain, fait extemporanément avec un mélange d'huile et de vin rouge battus ensemble, des compresses légères par-dessus, et le tout fixé par un bandage de corps peu serré et soutenu avec un scapulaire.

L'accoucheur laissera auprès de la femme deux aides intelligens qui ne la quitteront ni jour ni nuit. Ils tiendront un journal exact et détaillé de tous les événemens qui surviendront. Ils la garantiront de toute erreur de régime, des visites trop fréquentes, surtout de celles des commères qui viennent l'effrayer par de mauvaises nouvelles. Enfin ils exécuteront avec scrupule les ordres donnés par l'opérateur, qu'ils feront appeler à l'apparition du plus léger accident.

Visiter souvent sa malade et l'état de la plaie, s'opposer aux adhérences que l'utérus pourrait contracter avec la paroi abdominale ou les viscères contenus dans cette cavité, introduire le doigt par le vagin dans l'utérus, afin de faciliter l'écoulement des lochies

par les voies naturelles, éviter leur épanchement dans le bas-ventre; voilà la tâche de l'accoucheur, qui combattra l'inflammation, la constipation, le hoquet et autres accidens par les différens moyens dont il a éprouvé les bons effets en pareil cas. Enfin, après quelques heures de repos, il fera donner le sein à l'enfant pour détourner, par une heureuse diversion, les humeurs qui se porteraient trop rapidement et en trop grande abondance vers le bas-ventre. On imaginera difficilement combien il faut multiplier les petits soins de toute espèce pour obtenir des succès.

Les préceptes que nous venons d'établir sont applicables à l'hystérotomie, soit qu'on incise sur le côté externe du muscle droit, à la ligne blanche, ou transversalement au bas-ventre.

La première et la plus ancienne de ces opérations a été nommée par quelques-uns *mode de Levret* : mais il conviendrait mieux, et il serait bien plus juste de lui donner le nom de *Rousset* qui l'a décrite avec beaucoup d'exactitude, comme on peut s'en convaincre en lisant la page 477 de la Collection d'*Israël Spach*.

On commence l'incision à trois ou quatre travers de doigts au-dessus de l'aine entre la ligne blanche et l'os ilium du côté où l'utérus est incliné; on la prolonge de bas en haut le long du bord externe du muscle droit, de six pouces environ, en étendant l'incision, si cela est nécessaire, plutôt en haut qu'en bas, pour éviter l'hémorrhagie. On coupe l'épaisseur des muscles plats du bas-ventre avec le bistouri boutonné; et, parvenu à l'utérus, on l'incise de haut en bas.

Levret, dit *Deleurye*, après avoir ouvert le péritoine dans l'angle inférieur de la plaie, incisait la matrice, dans laquelle il introduisait le doigt, et avec le bistouri boutonné il coupait de bas en haut et en même temps l'utérus et les muscles du bas-ventre. *Baudelocque* a bien fait sentir les inconvéniens de cette méthode.

Le second mode a reçu le nom de *Solayrès* et de *Deleurye*, quoiqu'ils n'en soient pas les inventeurs. Il se pratique à la ligne blanche, qu'on incise de bas en haut, en commençant à deux pouces au-dessus de la symphyse des pubis, et continuant jusqu'à l'ombilic ou

au dessus, en le laissant à droite ou à gauche, suivant l'obliquité de l'utérus. *Platner* et *Guenin*, avant eux, incisaient de haut en bas, après l'incision des tégumens faite de bas en haut. *Baudelocque* préférait ouvrir le péritoine de haut en bas, ce qui expose davantage à blesser la vessie, qu'on garantit avec le bout du doigt, en incisant de bas en haut. On perce l'utérus dans sa partie moyenne jusqu'aux membranes; et avec le bistouri boutonné on prolonge l'incision vers le fond le plus haut possible, afin de ne pas trop s'approcher de l'orifice, en agrandissant l'ouverture par sa partie inférieure.

On a donné le nom de *Lauverjat* au troisième mode, quoiqu'il n'en soit pas l'inventeur ; mais parce qu'après l'avoir pratiqué avec succès, il l'a fort bien décrit, et l'a érigé en méthode. Il consiste dans une incision transversale que l'on commence au bord externe du muscle droit, au dessus de la hauteur de l'ombilic, et qu'on dirige en arrière au-dessous des fausses côtes, vers les lombes, dans l'étendue de cinq à six pouces, en s'écartant du foie ou de la rate, si ces organes étaient assez engorgés pour faire saillie au-dessous du rebord inférieur des côtes; après l'ouverture de l'abdomen, on incise l'utérus dans la même direction, et vers la partie supérieure de sa face antérieure.

D'après l'examen comparatif des parties coupées, et de la direction dans laquelle elles l'ont été, on sera à même de juger quel est celui de ces trois modes qui mérite la préférence.

Dans ces trois modes, on coupe la peau et le tissu cellulaire; les artères cutanées fourniront moins vers la ligne médiane; l'hémorrhagie est légère et s'arrête facilement.

Dans le premier mode, les muscles et les aponévroses sont coupés en travers; l'écartement est plus considérable, la cicatrice est faible, et la hernie consécutive est fréquente. Dans le second mode, on ne coupe que l'aponévrose médiane, qui offre, après la cicatrice, un écartement, dans lequel s'engagent l'épiploon et les intestins, qui viennent former sur la peau une hernie qu'on appelle *éventration*,

lorsqu'elle est très-volumineuse. Dans le troisième mode, les fibres des muscles obliques sont coupées obliquement ; celles du transverse ne sont qu'écartées ; la cicatrice est plus épaisse et plus solide ; les hernies moins fréquentes et moins volumineuses, parce que l'incision ne s'étend pas vers la partie inférieure de l'abdomen, où les intestins ont plus de tendance à se porter.

L'hémorrhagie est plus à craindre après le premier mode ; moins après le troisième ; et moins encore après le second.

Dans les deux premiers modes, l'utérus est incisé longitudinalement et près de sa partie inférieure, ce qui laisse aux lochies la facilité de s'épancher dans l'abdomen. Dans le troisième mode, l'utérus est incisé en travers et dans sa partie supérieure, ce qui laisse au-dessous une large cavité pour recevoir le sang des lochies, dont le doigt facilite la sortie par les voies naturelles.

Dans les deux premiers modes, la rétraction de l'utérus et la position qu'on donne à la femme après l'opération augmentent l'écartement des lèvres de la plaie externe et de celle de l'utérus. Dans le troisième mode, ces deux causes favorisent le rapprochement des lèvres des deux plaies.

Dans les deux premiers modes, si on ne prend pas soin d'amener la face antérieure de l'utérus sous l'incision faite à l'abdomen, on courra les risques d'inciser sur le côté et de couper le ligament rond et la trompe, en incisant de bas en haut, ou la trompe et le ligament rond, en incisant de haut en bas : on rend la femme stérile de ce côté, et l'utérus est exposé à une inclinaison qui peut devenir fort incommode. Si l'on était obligé de faire une seconde opération de l'autre côté, et qu'on eût le malheur de couper encore la trompe, la femme serait frappée d'une stérilité absolue. Dans le troisième mode, on ne craint pas cet accident, parce qu'on coupe au-dessus de l'origine des trompes.

Dans les pansemens consécutifs, après l'incision transversale, la position de la femme est favorable à l'écoulement des matières épan-

chées dans l'abdomen. On ne jouit pas de cet avantage après les deux autres incisions longitudinales.

Toutes ces raisons doivent faire accorder la préférence à l'incision transversale ; et si nous ne l'avons pas pratiquée sur la femme de Besançon , c'est que la majorité des consultans s'y est opposée.

Le parallélisme qui existe entre la plaie de l'abdomen et celle de l'utérus avant l'ouverture des membranes cesse après que l'utérus est vidé dans les trois modes ; mais après le troisième, les suites sont moins à craindre qu'après les deux premiers.

Je ne dirai rien des grossesses extra-utérines : mais quel que soit leur siége, il n'y a pour l'opération qu'un lieu de nécessité prescrit par la tumeur, sur le centre de laquelle il faut faire l'incision, et préférer la transversale.

Après une rupture de l'utérus, et le passage du fœtus dans la cavité abdominale, on n'a que la gastrotomie à pratiquer. Mais si la rupture s'était faite au vagin ou à son union avec l'utérus, il faudrait faire des vœux ardens pour être aussi heureux que M. *Coffinières*, chirurgien à Castelnaudary, qui possédait le secret insigne de retirer le fœtus, passé même en totalité dans le ventre par la même ouverture, sans être obligé de débrider la déchirure.

Le succès de chacune de ces opérations sera bien plus assuré si on la pratique pendant que l'utérus est encore distendu par les eaux. *Levret* en a fait sentir les avantages, et l'expérience m'a convaincu qu'on opère plus facilement et plus promptement. Mais quel que soit le procédé qu'on a mis en usage, on a toujours à craindre l'action délétère de l'air atmosphérique sur la membrane séreuse de l'abdomen. La pratique chirurgicale dans les plaies du bas-ventre m'avait déjà appris à connaître le développement, la marche, et souvent la fin funeste de l'inflammation du péritoine, lorsque cette membrane restait exposée à l'air et long-temps privée de l'*halitus* séreux qui l'abreuve.

Une inflammation adhésive ou une légère suppuration suffit pour obtenir le recollement; mais la série nombreuse des accidens qui se

développent s'opposent à la réunion. Le boursoufflement des intestins par la raréfaction des gaz, l'irritation et la tension générale des parties par l'afflux des humeurs de tout genre, l'inflammation portée au dernier degré, rendent cette maladie d'autant plus grave, que sa marche est si rapide, que le médecin n'a pas le temps de s'opposer à ses progrès. Si l'on a fait la gastroraphie, les points de suture se déchirent, et les accidens qui en ont été la suite ont fait renoncer à cette opération.

HYSTÉROTOMIE VAGINALE.

On n'incise pas toujours le vagin dans cette opération. Lorsque l'obstacle n'est qu'au col de l'utérus, on ne coupe que cet organe et la membrane muqueuse qui lui est commune avec le vagin : mais, dans une grande obliquité antérieure de l'utérus, le vagin se trouve réfléchi sur la face antérieure de cet organe, et est coupé en même-temps que lui.

Causes.

Une obliquité de l'utérus irréductible pendant un travail long, bien soutenu, et accompagné de convulsions qui font craindre la rupture de l'utérus, une rétroversion ou antéversion existant après le troisième mois de la gestation, et irréductible, nécessitent cette opération sur le corps de l'utérus. Dans le premier cas, elle a été faite avec succès par *Lauverjat*; dans le deuxième, la ponction a été proposée par *Guillaume Hunter.*

La squirrosité du col de l'utérus, l'étroitesse de son orifice, ou son oblitération survenue pendant la gestation, font inciser sur cette partie.

Les convulsions, cet accident terrible qui fait souvent périr les femmes avant qu'on puisse les secourir, ou malgré la promptitude des secours qu'on leur porte, ont fait conseiller l'hystérotomie abdominale par plusieurs accoucheurs; mais lorsque la voie naturelle est assez large pour laisser passer le fœtus, il faut opérer par le vagin,

et si les contractions utérines ne sont pas assez fortes ni assez rapprochées pour expulser le fœtus; on fait la version, ou mieux on applique le forceps; ce qui est plus sûr et beaucoup plus expéditif, comme le prouve l'observation n.° 5. L'apoplexie qui accompagne souvent les convulsions rend le cas encore plus pressant.

Prognostic.

Le prognostic est en général bien plus favorable à la mère et au fœtus, dans cette opération, que quand on a opéré au-dessus des pubis; car, après l'hystérotomie vaginale, l'air ne frappe point le péritoine, les intestins et l'utérus; il n'y a point de pansement à faire; et l'opérateur se borne à quelques injections et à introduire de temps en temps le doigt au fond du vagin, pour reconnaître l'état des parties et empêcher des adhérences vicieuses. Aussi la guérison est-elle souvent prompte et facile.

Mais, dans le cas de convulsions et d'apoplexie, la mère périt souvent, même après la délivrance, et le fœtus perd la vie pendant les convulsions.

Procédé opératoire.

Dans le cas d'obliquité, lorsqu'il a été impossible pendant le travail de rendre le grand diamètre de l'utérus parallèle à l'axe du détroit abdominal, par la position donnée à la femme, par les pressions faites de bas en haut sur l'utérus, pour en faire remonter le fond et descendre l'orifice, lorsqu'après avoir introduit la main dans le vagin, on ne peut pas accrocher l'orifice, qui reste toujours en arrière au-dessus du détroit abdominal, la crainte des convulsions et de la rupture de l'utérus commande l'opération, qu'on pratique de la manière suivante:

La femme est placée comme dans l'accouchement par le forceps, et fixée par des aides. L'opérateur, placé entre les cuisses de la femme, couverte de manière que les parties génitales soient soustraites à tous

les regards, introduit une main graissée dans le vagin; il appuie deux doigts sur l'utérus, et dans les intervalles il porte de l'autre main un bistouri nommé *hystérotome;* il presse légèrement d'avant en arrière; et lorsqu'il a divisé le vagin et une partie de l'épaisseur de l'utérus, dans l'étendue d'un pouce, il porte l'indicateur dans l'angle supérieur de l'incision, et il presse avec ce doigt à mesure qu'il coupe, afin de pénétrer dans l'utérus aussitôt que l'instrument, et garantir du tranchant les parties du fœtus. Il faut ici autant d'attention que le chirurgien en apporte dans la paracentèse de la poitrine pour ne pas blesser le poumon. Le doigt introduit dans l'ouverture facilite l'écoulement des eaux; et la main qui a quitté le bistouri est appliquée sur le fond de l'utérus, qu'on essaie de relever. Si l'on y réussit, on retire le doigt de l'ouverture faite à l'utérus, et on le porte dans l'orifice, pour l'accrocher et réduire cet organe à une position qui permette la parturition, si on peut l'attendre; ou après avoir dilaté l'orifice suffisamment pour y introduire la main, on fait la version ou l'application du forceps.

Si, après l'évacuation des eaux l'obliquité persiste, on porte, le long du doigt qui est dans l'ouverture, un bistouri boutonné avec lequel on agrandit l'incision en avant et en arrière, de cinq pouces environ; puis la version ou le forceps.

Dans le cas de rétroversion ou d'antéversion de l'utérus, s'il était tellement enclavé qu'on ne pût parvenir à faire remonter son fond au-dessus du détroit abdominal, je préférerais l'incision avec l'hystérotome à la ponction conseillée par *Hunter,* parce que dans cette dernière opération rien ne peut préserver le fœtus de la pointe de l'instrument, et parce qu'une plaie faite par instrument tranchant se guérit plus facilement que celle qui a été faite par un instrument piquant. Après l'évacuation d'une partie des eaux et la réduction du volume de l'utérus, on replace cet organe : on fait garder le repos à la femme dans une position favorable, et on applique même un pessaire, s'il paraît convenable. J'ai vu des femmes qui, après avoir éprouvé une hémorrhagie au septième mois, et perdu une grande

partie des eaux de l'amnios, se sont rétablies et ont porté le fœtus à terme, en se soumettant au traitement jugé nécessaire.

Quelle que soit l'affection du col qui empêche sa dilatation, pour peu que l'orifice soit assez ouvert pour laisser pénétrer le bouton d'un bistouri à lame étroite et forte, cet instrument suffira toujours pour faire toutes les incisions requises. Le génie du chirurgien brille plus dans le bon usage qu'il sait faire d'instrumens simples pour les cas difficiles, que dans l'invention d'instrumens compliqués, qui rabaissent le maître de l'art au simple métier d'artiste. Je ne sais, qui a proposé le lithotome caché du frère *Cosme* pour inciser les bords de l'orifice : on conçoit aisément les dangers qui suivraient son emploi.

Lorsqu'une inflammation survenue pendant la gestation a oblitéré l'orifice, ou qu'après un accouchement très difficile une inflammation consécutive a tellement déformé l'orifice, qu'il ne reste qu'une ouverture non perceptible par le bout du doigt, et seulement suffisante pour permettre la conception, comme le prouve l'observation n.° 5, il faut faire la première incision avec l'hystérotome, et se donner de garde de trop appuyer le tranchant, de crainte de blesser le fœtus, comme cela est arrivé dans le cas précédent : on termine avec le bistouri boutonné.

Après quelques-unes de ces opérations, on confie à la nature l'expulsion du fœtus, si la femme paraît assez forte pour terminer cette importante fonction. Dans le cas contraire, on fait l'accouchement par la tête, avec la main, le levier ou le forceps, suivant l'indication : ou bien on fait la version par les fesses, en se servant des membres inférieurs du fœtus comme de leviers propres à faciliter son extraction.

Le temps ne me permet pas de traiter des accidens qui suivent l'hystérotomie, tels que l'hémorrhagie, le spasme, l'inflammation, la gangrène, l'épanchement des lochies dans le bas-ventre, les dépôts purulens qui se forment autour de l'utérus ou dans quelque foyer du bas-ventre, circonscrit par une inflammation adhésive entre quelques circonvolutions d'intestins, ou entre les intestins et quelques

points de la cavité abdominale, ou enfin l'étranglement d'une anse d'intestin engagée par la plaie de l'utérus dans sa cavité. Lorsqu'à tous ces maux vient se joindre la fièvre puerpérale, combien ne doit-on pas craindre pour la vie de la malade !

Je terminerai en concluant avec la Société de Médecine de Paris, t. 5, p. 89 de son *Recueil périodique*, qu'il est du devoir du médecin de recourir à l'opération cæsarienne dans les cas déterminés par l'art.

Je regrette beaucoup d'être obligé de livrer à l'impression un travail aussi imparfait qu'on ne peut regarder que comme un extrait de celui que je me proposais de faire. J'étais en outre privé des ressources de ma bibliothèque et des matériaux que j'ai rassemblés sur les diverses branches de la médecine dont l'enseignement m'est confié.

I.re OBSERVATION.

Au mois de juin 1787, un an après avoir été nommé démonstrateur d'anatomie au régiment d'infanterie du roi, pour partager avec M. *Valentin*, mon premier maître, les fonctions de professeur de l'Ecole de Chirurgie qui y était établie, je l'aidai dans une opération cæsarienne faite sur madame Prevot, marchande de vin rue Ste-Catherine, et qui venait d'expirer. Il incisa à la ligne blanche, conformément à la doctrine du professeur *Baudelocque*, dont il avait été l'élève. Le placenta était adhérent à la partie antérieure de l'utérus. On le détacha avec les doigts pour aller rompre les membranes. Les eaux étant écoulées, on aperçut les pieds d'un fœtus dont le dos répondait à la partie antérieure et droite de l'utérus, et la tête en bas, au-dessus du détroit supérieur. Ce fœtus a vécu quelques minutes. D'après son développement et les renseignemens pris près des parens, il a paru avoir environ six mois.

II.e OBSERVATION.

Au mois d'avril 1790, je fus envoyé pour faire l'ouverture du cadavre d'une dame qui avait été traitée long-temps pour une obstruction du pilore. Un jeune médecin, une garde-malade et deux domestiques étaient présens. En découvrant le cadavre, je m'écriai que la dame était enceinte. Je fis l'opération cæsarienne à la ligne blanche; l'utérus contenait un fœtus d'environ sept mois, fort, bien constitué, et qui paraissait être mort en même-temps que sa mère. Il avait la tête en bas, et le dos répondait à la partie antérieure et gauche de l'utérus. Le placenta était adhérent à sa partie postérieure et supérieure.

III.e OBSERVATION.

Pendant que je faisais un cours public et gratuit d'anatomie et de chirurgie aux étudians en médecine de l'université de Besançon, je fus appelé, au commencement de mars 1792, pour consulter sur l'état d'une jeune fille détenue à l'hôpital de Belvaux, et en travail depuis deux jours et demi. Elle avait été fatiguée par les touchers répétés de plusieurs médecins et chirurgiens. Les parties étaient chaudes et sèches; la fièvre existait déjà. Je reconnus par le toucher que le diamètre sacropubien avait tout au plus deux pouces et demi; et je regardai l'opération cæsarienne abdominale comme urgente. Imbu des préceptes de *Lauverjat*, que j'avais suivi pendant 1785 et 1786, j'insistai pour la section transversale. La majorité des assistans s'opposa à cette innovation. Le professeur *Nedey*, accoucheur de cet hospice, et moi, fîmes l'opération suivant le premier mode, ou à la méthode de *Rousset*, sur le côté externe du muscle droit et du côté droit. L'incision fut faite de bas en haut à l'abdomen et à l'utérus. Je liai deux artérioles, une dans l'épaisseur de la lèvre externe, et l'autre dans l'épaisseur de la lèvre interne de la plaie faite à l'abdomen. Nous tirâmes un fœtus vivant qui vint par les fesses. L'opération fut

faite très promptement : point de gastroraphie. Des mouvemens militaires m'empêchèrent de suivre la malade, qui mourut trois jours après.

IV.e OBSERVATION.

Le 16 pluviose an 5, j'ai fait, en présence de M. *Noël*, directeur de l'Ecole de Médecine de Strasbourg, de M. *Bigel*, alors secrétaire de notre Ecole, et aujourd'hui médecin du grand-duc Constantin, et de deux autres étudians, l'hystérotomie abdominale à la ligne blanche du cadavre d'une artiste du théâtre français de Strasbourg. Elle était dans son cinquième mois de gestation, et avait succombé du seizième au vingtième jour d'une petite-vérole traitée par la méthode échauffante. Il y avait tant de graisse sous la peau de l'abdomen, que je fus obligé de prolonger mon incision jusqu'au dessous du sternum, pour apercevoir l'utérus, que j'incisai de bas en haut. Le placenta était adhérent à la face antérieure de l'utérus. Je le détachai pour aller rompre les membranes. Le fœtus, assez avancé pour son âge, se présenta par les pieds. Il avait le dos tourné vers la colonne vertébrale de la mère. Les recherches les plus scrupuleuses ne nous firent pas apercevoir la moindre éruption de boutons varioleux.

S'il eût fallu opérer cette femme vivante, l'incision transversale est la seule sur laquelle on eût pu compter.

V.e OBSERVATION.

Cette observation m'a été remise par M. le docteur *Lobstein*, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Médecine, et je la transmets d'après sa rédaction.

Anne-Marie Drech, âgée de trente ans, d'une petite taille, régulièrement conformée, fut reçue à l'Hôpital-Civil le 16 janvier 1811, dans le septième mois de sa seconde grossesse.

Cette femme avait déjà été accouchée la première fois par le moyen du forceps. Devenue enceinte deux ans après ce premier accouche-

ment, le col de la matrice offrait une conformation toute particu-lière : ses deux lèvres étaient divisées par de profondes échan-crures, en plusieurs lambeaux, au centre desquels on rencontrait, au lieu d'un orifice, une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice. Le plus considérable de ces lambeaux se trouvait placé derrière la vessie urinaire, et était long de quatre lignes environ.

Pendant les trois mois qui précédèrent l'accouchement, les choses restèrent à peu près dans le même état, à l'exception que les lam-beaux se ramollisaient davantage, et qu'il était plus facile de toucher la tête du fœtus à travers la paroi de la matrice.

Les premières douleurs commencèrent le 25 avril, mais ne produi-sirent aucun changement sur le col. J'espérais que l'orifice utérin deviendrait perceptible, et qu'il s'ouvrirait par la suite du travail : et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios qu'on aurait teintes de mé-conium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus se fût engagée tant soit peu dans le détroit, et eût abaissé la portion du corps de la matrice qui lui correspondait.

Croyant m'être trompé dans la recherche de l'orifice utérin, je portai ma main toute entière dans le vagin et jusqu'au cul-de-sac que forme ce canal postérieurement; mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en tra-vail; les forces commençant à s'épuiser, il était instant de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation MM. *Flamant* et *Caillot*. Ces Professeurs, après avoir scrupuleusement examiné l'état des par-ties, constatèrent l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen indiqué en pareille circonstance.

Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail. Les parties se trouvaient alors dans l'état suivant : les parois du vagin étaient un peu tuméfiées et chaudes; à l'extrémité supérieure de ce canal, on rencontrait la tête

pour inciser. Si l'on cesse la pression, la chape vient recouvrir le tranchant, de manière qu'on ne peut pas blesser les parties sur lesquelles l'instrument appuie, et que l'opérateur ne peut pas se blesser, même en le dirigeant avec le doigt.

Comme toutes les parties de l'instrument sont gravées dans leur grandeur naturelle, je crois inutile d'en donner une plus longue description.

J'en avais fait faire un autre dont la lame était pareille à celle-ci, mais toute cachée dans une gaîne d'argent, ouverte par son extrémité libre, pour laisser sortir la partie qui porte le tranchant. La gaîne était mobile sur la lame, et y était fixée par trois crans, qui se trouvaient sur le dos de la lame près de sa jonction avec le manche. On découvrait et recouvrait l'extrémité tranchante de la lame, suivant qu'on retirait ou qu'on poussait la gaîne.

Il était moins avantageux que celui-ci, que j'ai imaginé pour faire un vagin de trois pouces de profondeur à une femme qui, après un accouchement très-fâcheux, avait eu une oblitération complète du vagin avec une antéversion de l'utérus. Depuis cette opération, elle est beaucoup plus heureuse avec son mari, qui peut cohabiter avec elle.



Louret Sc.